

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1913-1914. — N° 136

DU
SIGNE DU PÉRISTALTISME
DANS LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT
DES MÉTÉORISMES
PAR INFECTION PÉRITONÉALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juillet 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis SATTE

Né le 20 janvier 1881, à Castillon-de-Gagnières (Gard).



GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE, SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE

A. MALOINE

PARIS

25-27, Rue de l'Ecole-de-Médecine

LYON

Rue de la Charité, 6

Juillet 1914



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553417_0022

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 136

DU

SIGNE DU PÉRISTALTISME

DANS LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT

DES MÉTÉORISMES

PAR INFECTION PÉRITONÉALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Juillet 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis SATTE

Né le 20 janvier 1881, à Castillon-de-Gagnières (Gard).



GRANDE LIBRAIRIE MÉDICALE, SCIENTIFIQUE ET INDUSTRIELLE

A. MALOINE

PARIS

25-27, Rue de l'Ecole-de-Médecine

LYON

Rue de la Charité, 6

—
Juillet 1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LÉPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie.	GUIART
Pathologie interne.	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales	RENAUT
Anatomie pathologique.	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	LESIEUR
Médecine légale.	PAVIOT
Hygiène :	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	COURMONT (P.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BPETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (Aug.), Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. LAROYENNE et COTTE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Témoignage d'affectueuse et profonde
reconnaissance.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGUSTE POLLOSSON

Chirurgien des Hôpitaux.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VILLARD

Chirurgien des Hôpitaux.

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux d'exprimer ici notre reconnaissance à M. le Dr Villard pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli et les conseils qu'il nous a prodigués au cours de notre travail.

Notre gratitude s'étend également à nos Maîtres des Ecoles de Lyon et de Nancy et en particulier à MM. les Drs Mouisset et Voron qui nous ont reçu dans leur service avec une si grande amabilité.

Un stage, trop court à notre gré, que nous avons accompli, comme interne, à l'Hôpital de Grasse, nous fait une obligation agréable d'assurer à M. Massiera, directeur, et à MM. les Drs Philip, Perrimond et Lebasteur, combien nous avons été sensible aux bons égards qu'ils nous ont témoignés.

Nous adressons un souvenir ému à tous nos amis. Parmi eux, le Dr Lambert, ancien interne des Hôpitaux, a été pour nous un conseiller précieux. Nous lui en exprimons nos vifs remerciements.

M. le professeur Auguste Pollosson a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Nous nous proposons dans ce travail d'attirer l'attention sur un signe clinique destiné à faciliter la conduite du chirurgien en présence de malades atteints d'infection péritonéale réalisant le type de l'occlusion. Chez tels malades, en effet, tantôt le météorisme que l'on observe en pareil cas est d'un pronostic très grave, tantôt au contraire il n'est qu'un accident passager qui se termine à peu près spontanément.

Nous chercherons à élucider également pourquoi l'anus contre nature, pratiqué par certains chirurgiens, donne parfois des résultats excellents dans ces occlusions par péritonite, tantôt au contraire ne parvient pas à assurer l'évacuation de l'intestin et ne retarde en rien l'issue fatale.

Il est un signe clinique qui permet, selon nous, de différencier les occlusions par péritonite, de distinguer les formes graves des formes bénignes et de reconnaître celles qui seront justiciables de l'établissement temporaire d'un anus artificiel de celles au contraire qui n'en tireront aucun bénéfice.

Ce signe est celui du *péristaltisme intestinal*.

Nous diviserons notre travail en cinq parties :

Dans une première partie, nous ferons l'étude clinique des météorismes infectieux et exposerons, à cette occasion, le problème qui nous intéresse.

Un deuxième chapitre de pathogénie nous amènera, en troisième lieu, à la description du signe du péristaltisme, dont nous tirerons, dans une quatrième partie, des déductions au point de vue pronostic et thérapeutique.

Nous terminerons par les observations que nous avons estimé pouvoir produire à l'appui de notre thèse.

DU
SIGNE DU PÉRISTALTISME
DANS LE PRONOSTIC ET LE TRAITEMENT
DES MÉTÉORISMES
PAR INFECTION PÉRITONÉALE

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ DE LA QUESTION, TERMES DU PROBLÈME

L'infection de la séreuse péritonéale s'observe dans des conditions étiologiques très variées. D'une façon générale, elle peut être secondaire à une lésion spontanée des viscères abdominaux ou pelviens ou succéder à un traumatisme accidentel ou opératoire.

Parmi les infections pathologiques, il convient de citer en premier lieu la péritonite par perforation. Cette dernière est souvent consécutive à une lésion appendiculaire, mais toutes les perforations des viscères abdominaux peuvent lui donner naissance : ulcère stomacal ou duodénal; ulcérations ou gangrène de la fièvre typhoïde, de la dysenterie, de la tuberculose, du cancer, de l'occlusion intestinale ou de l'étranglement herniaire; rupture de la vésicule biliaire par cholécystite, d'une trompe suppurée, etc.

En dehors de l'effraction des viscères, les péritonites sont encore consécutives à des infections locales réalisées par différents mécanismes. L'invasion microbienne de la séreuse peut se faire soit par une véritable migration au travers des parois plus ou moins lésées, soit par extension de l'inflammation de proche en proche, par continuité de tissu, soit, plus ordinairement, par les vaisseaux lymphatiques. Il est intéressant de rappeler à ce propos la propagation du streptocoque par la voie lymphatique dans l'état puerpéral. C'est par un mécanisme analogue que se produiraient, indépendamment des perforations, les inflammations péri-appendiculaires et même quelquefois, pour certains auteurs (Poncet, Margery), les péritonites généralisées.

Dans d'autres circonstances, la péritonite n'est qu'une localisation d'un état infectieux de l'économie : la septicémie, l'infection purulente, le rhumatisme, les fièvres éruptives et en particulier la scarlatine qui a une prédilection marquée pour les séreuses, l'érysipèle, enfin la péritonite à pneumocoque.

L'infection péritonéale peut être, en second lieu, consécutive à une plaie accidentelle ou opératoire. Toutes les lésions traumatiques, mettant en communication le péritoine avec l'extérieur, peuvent servir de porte d'entrée aux agents pathogènes de l'inflammation. Très fréquentes autrefois après les laparotomies, les péritonites chirurgicales ont considérablement diminué avec les progrès de la technique opératoire et lorsqu'elles se développent, elles sont dues généralement à un défaut d'asepsie.

Les péritonites, déterminés par les divers mécanismes

que nous venons de passer en revue, peuvent être localisées ou généralisées. Dans le premier cas, il se produit, du côté de la séreuse, une réaction de défense qui a pour effet de circonscrire l'infection. Dans le second cas, l'inflammation s'étend à la totalité du péritoine soit d'emblée, avant que ce dernier ait pu ébaucher sa résistance, soit secondairement par diffusion de proche en proche, ou par formation de foyers multiples, ou encore, éventualité rare, par rupture d'une poche primitivement enkystée.

Quelle que soit la cause qui ait donné naissance à la péritonite, parmi les symptômes qui en révèlent l'évolution, il en est un qui retiendra particulièrement notre attention dans cette étude: c'est l'occlusion intestinale, se traduisant par l'arrêt des matières et des gaz, les vomissements et la distension des anses intestinales.

Le météorisme est toujours considéré comme un symptôme grave dont le pronostic inquiète particulièrement le clinicien. Comme nous l'avons dit, ce symptôme présente cependant un pronostic variable. C'est cette variabilité qui fait l'objet de notre travail. Aussi, laissant de côté les autres symptômes de l'infection péritonéale, nous attacherons-nous à décrire tout d'abord l'allure clinique du météorisme afin de préciser ensuite les indications qu'il comporte.

Le météorisme affecte différents aspects qui dépendent des circonstances cliniques dans lesquelles il se produit. Tantôt l'abdomen est uniformément ballonné, élargi dans les flancs par la saillie des côlons ascendant et descendant, réalisant la « distension en cadre » de Laugier, tantôt il est globuleux et saillant en avant,

tandis que les flancs sont aplatis et peu développés. Dans quelques cas, une dépression du flanc gauche contraste avec un développement exagéré du flanc droit.

C'est sur la constatation et l'étude du météorisme que reposent, dans certains cas d'occlusion, les signes de Bouveret et de von Wahl, le premier indiquant que l'obstacle siège sur le gros intestin ou sur le grêle, suivant que le cæcum est dilaté ou non, dilatation qui s'accompagne, dans la fosse iliaque, d'un clapotement à timbre amphorique; le second, d'après lequel toute anse étranglée devient le siège d'une distension locale, appréciable à la vue par la constatation d'une voussure, au palper par une résistance plus grande, à la percussion par une tonalité plus élevée.

A la vérité, ces détails ne tardent ordinairement pas à disparaître par suite de la distension générale de l'abdomen.

Enfin, le ballonnement qui peut être léger et fugace, parfois lent à se produire après une phase de rétraction plus ou moins longue, augmente quelquefois très rapidement et devient énorme; les anses intestinales se dessinent sous la paroi, le diaphragme est refoulé en haut, les espaces intercostaux sont élargis, la respiration et la circulation se trouvent considérablement gênées. En même temps, les signes physiques sont masqués, la palpation du ventre devient très malaisée et le diagnostic est rendu parfois très difficile.

Il existe des faits dans lesquels le météorisme acquiert une importance particulière. L'infection péritonéale revêt, en effet, dans un certain nombre de cas, le type occlusif dans lequel le ballonnement du ventre

prend la première place. Il s'accompagne de phénomènes réactionnels très intenses qui donnent au tableau clinique un caractère de haute gravité. Les malades sont en proie à de violentes crises de vomissements, secoués par le hoquet; l'arrêt des matières et des gaz est absolu; le pouls est précipité, la respiration difficile, et les traits altérés expriment une anxiété qui fait porter le diagnostic le plus sombre.

Ces états infectieux ont cependant une terminaison extrêmement variable. Tandis que, dans certains cas, les phénomènes cliniques sont l'expression exacte de la gravité de l'affection qui aboutit à une mort rapide par septicémie, il est d'autres circonstances où la situation, qui paraissait également désespérée, s'améliore spontanément, et cela sans qu'il soit possible de prévoir, par l'observation la plus attentive, de quelle façon s'effectuera le dénouement.

Dans les deux cas, on peut redouter au même degré une issue fatale par intoxication suraiguë.

C'est ce point délicat que M. Villard a mis nettement en relief dans les considérations suivantes¹ :

« L'évolution des obstructions intestinales post-opératoires est extrêmement variable; tantôt, le météorisme s'accompagne des phénomènes les plus graves, et la mort survient rapidement par péritonite septique; tantôt, au contraire, malgré l'intensité des phénomènes d'occlusion, hoquet, vomissements porracés, altération de l'état général, on voit, après quelques émissions gazeuses par l'anus, la situation se dénouer heureusement et les fonctions intestinales se rétablir rapidement.

¹ *Lyon Chirurgical*, mars 1912.

« Cette variabilité de l'évolution des occlusions post-opératoires s'observe également dans les résultats donnés par l'anús contre nature pratiqué comme ressource suprême de ces accidents. En présence de malades présentant un abdomen distendu par un météorisme souvent considérable, torturés par des secousses violentes de vomissements, devant l'impossibilité d'obtenir par le rectum aucune émission gazeuse ou stercorale, la création d'un anus contre nature permet une extrême, mais rationnelle ressource. Et cependant, combien souvent sont déçues les espérances que l'on attendait de cette intervention. L'ouverture de l'intestin distendu ne laisse échapper que les quelques gaz renfermés dans l'anse incisée, et, dans les heures qui suivent, aucun liquide, aucune matière stercorale ne s'écoulent par l'organe, l'anús artificiel reste sec et le malade meurt plus ou moins rapidement, sans que les phénomènes d'obstruction aient été en rien modifiés.

« Pensant avoir fait porter trop bas leur entérostomie, quelques chirurgiens ont fait, plus haut, une nouvelle ouverture à l'intestin, et, malgré une série d'anús artificiels ainsi étagés sur le même malade, l'obstruction intestinale n'en a pas moins continué son évolution.

« A côté de ces interventions sans résultat, d'autres faits montrent que l'anús contre nature est une intervention de tout premier ordre dans les occlusions post-opératoires, une véritable opération de sauvetage. Alors que la situation paraissait désespérée, l'entérostomie a permis une évacuation abondante du contenu intestinal, suivie d'une guérison rapide.

« De cette inconstance dans les résultats sont nées

les différentes appréciations des chirurgiens sur la valeur de l'anus artificiel dans les obstructions post-opératoires graves ; les uns considérant cette intervention comme une ressource de tout premier ordre, les autres comme une opération inutile. »

Ce qui s'observe dans les infections post opératoires s'observe également dans les inflammations péritonéales primitives.

Il est donc des cas dont le dénouement est irrémédiablement fatal et d'autres qui, malgré une allure clinique aussi alarmante, s'améliorent naturellement ou guérissent par une intervention qui demeurera impuissante contre les premiers.

Ce sont ces états infectieux, à pronostic difficile à préciser, qui ont attiré notre attention. Le problème que nous voulons essayer de résoudre peut donc se poser de la façon suivante :

Est-il possible, en présence des infections péritonéales où les phénomènes d'occlusion et le météorisme tiennent la première place, de distinguer les cas dont la situation est réellement désespérée de ceux que l'on peut envisager avec plus de confiance en escomptant l'issue heureuse d'un traitement approprié ?

L'étude pathogénique qui va suivre, en nous faisant pénétrer le mécanisme intime des météorismes infectieux, nous éclairera sur la variabilité de leur évolution.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE DES OCCLUSIONS INTESTINALES POST OPÉRATOIRES OU PAR INFECTION SPONTANÉE

Aux infections péritonéales qui succèdent soit à un processus pathologique, soit à une plaie accidentelle ou opératoire, correspondent des altérations de l'intestin qui peuvent être de deux ordres suivant que l'inflammation s'étend à toute la surface de la séreuse ou n'en intéresse qu'une partie.

Les altérations générales sont mises en lumière par la loi suivante. Stokes a démontré que, lorsque « des structures musculaires sont en connexion intime avec d'autres tissus qui sont enflammés, leur fonctionnement souffre et se traduit par une paralysie plus ou moins complète ¹ ». On a précisé, depuis, cette proposition en disant : *tout muscle sous-jacent à une séreuse enflammée se paralyse.*

Il en résulte que, lorsque le péritoine est envahi dans sa totalité, la musculature de l'intestin qui lui est sous-jacente se trouvant paralysée, l'organe se laisse

¹ Stokes, *A Treatise in the diagnostic and treatment of disease of the chest*, p. 101.

distendre, devient inerte et se fige dans une immobilité qui s'oppose à la libre circulation des matières et des gaz. Ceux-ci sont aussi étroitement emprisonnés qu'ils le seraient derrière une barrière constituée par un véritable obstacle.

Cela nous explique pourquoi on peut confondre maintes fois une occlusion vraie avec une péritonite aiguë. Le tableau clinique offre souvent de grandes ressemblances ; dans les deux cas, la constipation est absolue et l'élimination de gaz par l'anus fait complètement défaut.

Ainsi donc la paralysie intestinale et la distension considérable qui en résulte suffisent à créer les symptômes d'une occlusion vraie : c'est l'*iléus paralytique*, connu depuis la thèse d'Henrot en 1865 et le travail de Leichtentern.

N'est-ce pas d'ailleurs par un mécanisme analogue que peuvent s'expliquer maintes constipations et certains troubles gastro-intestinaux rebelles à tout traitement médical ? Il s'agit ici d'une simple parésie de la musculature intestinale, provoquée et entretenue par des inflammations chroniques localisées du péritoine. La vérification de cette pathogénie réside en effet dans la disparition de ces troubles après l'intervention chirurgicale.

Sous l'effet d'une cause occasionnelle quelconque, l'infection latente qui ne se manifestait jusque-là que par des troubles fonctionnels légers prend subitement un caractère aigu, la paralysie intestinale succède à la parésie et les accidents d'occlusion éclatent avec tous leurs degrés.

A l'inflammation chronique correspond la parésie, à l'inflammation aiguë, la paralysie.

Telle est la première variété répondant à l'infection généralisée du péritoine.

Les altérations de l'intestin qui relèvent, en second lieu, de lésions circonscrites de la séreuse peuvent être provoquées par différents mécanismes.

Tantôt c'est un vice de position créé, par exemple, autour d'un foyer appendiculaire. Il se peut qu'une anse mobile se trouve, du fait de l'inflammation, dans une position défectueuse où le transit intestinal ne se fera plus. Il peut en être de même à l'occasion d'une annexite ou d'une infection biliaire.

D'autre part, une adhérence pathologique légère peut se produire au niveau d'une anse grêle au voisinage de l'appendice ou dans le Douglas. Cette anse, fixée en un point, peut se couder à angle aigu ou encore se tordre.

Dans d'autres circonstances une bride inflammatoire se comporte, à l'égard de l'intestin, comme un agent d'étranglement. Cette bride peut être tendue entre deux points voisins de la paroi abdominale ou entre celle-ci et l'un des viscères contenus dans l'abdomen, constituant une sorte de pont qui détermine une coupure ; elle peut être longue et s'enrouler autour de l'intestin. Cette dernière disposition est parfois réalisée par l'appendice lui-même flottant dans la cavité et jetant autour d'une anse voisine un lien constricteur.

Adhérences et brides peuvent être des reliquats d'inflammations antérieures, appendicite à rechutes,

annexite chronique, etc., et déterminer des accidents au moment d'une crise aiguë.

Ainsi s'expliquent les phénomènes d'occlusion par lesquels se manifestent certaines péritonites localisées et le météorisme qui en est la conséquence. Il y a dans ces cas association d'un élément infectieux et d'un obstacle mécanique. Tandis que, dans la première variété, inflammation généralisée du péritoine, il s'agissait d'une occlusion paralytique, nous sommes ici en présence d'une obstruction mixte, déterminée à la fois par une infection localisée et une disposition vicieuse de l'intestin.

Il est un autre mécanisme possible qui vient à l'appui de cette pathogénie. On peut en effet invoquer la loi de Stokes dans les péritonites circonscrites au même titre que dans les inflammations diffuses. La musculature intestinale immédiatement sous-jacente à la lésion est frappée de paralysie et cette portion d'intestin immobilisée joue le rôle d'un obstacle mécanique. Ainsi se trouve réalisé l'iléus paralytique localisé.

Ce mécanisme, difficile à démontrer, paraît vraisemblable pourtant d'après ce que l'on observe dans la hernie étranglée où l'on voit, après une réduction correcte, les fonctions intestinales ne pas se rétablir. Dans ce cas les interventions ont montré que l'atonie du segment qui avait été hernié était la cause de l'obstacle.

Ce phénomène peut s'observer, par exemple, dans une appendicite. Les anses grêles qui forment la terminaison de l'iléon sont paralysées, et, par suite des accidents occlusifs et du météorisme qui les accompagne,

les malades offrent l'apparence d'une infection généralisée.

Il y a enfin une autre circonstance dans laquelle les phénomènes sont mixtes. Tandis que, dans les faits précédents, l'inflammation de la séreuse est à l'origine du processus occlusif, il existe des cas où l'étranglement a commencé et la péritonite a suivi. Cette relation se produit lorsqu'un obstacle mécanique pur se complique d'une infection.

Il convient, en effet, de restreindre, dans les cas d'occlusion, l'importance des causes qui agissent d'une façon purement mécanique, car, au facteur obstacle viennent s'ajouter souvent des éléments infectieux qui donnent au tableau clinique une physionomie franchement inflammatoire. En effet, à la faveur du traumatisme subi par l'anse intestinale du fait de la striction ou de la compression, les germes infectieux contenus normalement dans l'intestin et dont la virulence est exaltée par la diminution de vitalité des tissus, pénètrent dans les différentes couches de l'organe et arrivent au contact de la séreuse qu'ils enflamment. « Cette transmigration microbienne, dit Forgue, est hors de doute dans le cas de hernies étranglées non arrivées à la nécrose pariétale ; les recherches de Clado, de Grawitz, de Ziegler, de Klecki, celles que nous avons entreprises en collaboration avec Blanc et Bosc, l'établissent ; nous avons confirmé le rôle que Bonnecken attribue à la stase veineuse et aux ecchymoses intrapariétales, comme conditions favorisant cette « exosmose » du colibacille. Dans ce fait, nous trouvons l'explication des septicémies péritonéales qui

suivent, après deux ou trois jours, la réduction d'une anse étranglée très lésée, sinon nécrosée, de celles qui succèdent aux occlusions intestinales sans perforation¹. »

Ces conditions mécaniques se trouvent réalisées dans de multiples occasions. L'intestin peut se contourner sur lui-même, créant un volvulus; il peut se couder, soit sur lui-même, soit sur une bride péritonéale; il peut être noué par un diverticule, s'engager sous une bride, dans un anneau, dans une fossette; il peut s'invaginer, en particulier chez les enfants; sa lumière peut, d'autre part, être oblitérée par différentes causes, rétrécissements de diverses origines, corps étrangers, calculs autochtones ou de migration. On a enfin signalé un rétrécissement spasmodique s'accompagnant des accidents de l'occlusion.

A ces causes spontanées, nous devons ajouter les vices de position qui peuvent succéder à une laparotomie au cours de laquelle une anse intestinale aura été mal placée. Ces déplacements accidentels peuvent, par le même mécanisme que les dispositions pathologiques, se compliquer de phénomènes infectieux.

Il paraît, d'ailleurs, juste d'ajouter que les causes mécaniques pures peuvent exister à côté de phénomènes inflammatoires, dont elles restent cependant indépendantes, et former avec eux un ensemble de symptômes qui a toute l'apparence d'une péritonite. Cela peut s'observer, par exemple, après une hystérectomie à l'issue de laquelle une anse intestinale a

¹ Forgue, *Précis de pathologie externe*, t. II.

été mal placée. Si la malade, le troisième jour, a de la température par inflammation du tissu cellulaire, si, d'autre part, elle a un gros ventre et des vomissements; on aura l'impression d'un état infectieux grave, alors qu'il s'agit, en réalité, d'un vice de position coïncidant avec une lésion inflammatoire.

Il peut en être de même avec un phlegmon de la paroi.

Des considérations pathogéniques qui précèdent, il résulte, en définitive, qu'il existe une première variété de météorismes infectieux dus à une inflammation générale de la séreuse et que l'on peut considérer, en raison des accidents qui les accompagnent, comme des occlusions paralytiques par péritonite généralisée.

Une deuxième variété comprend les météorismes qui relèvent d'une infection localisée associée à un obstacle mécanique. Ce dernier peut être réalisé par une disposition vicieuse ou la paralysie d'un segment d'intestin liée à l'inflammation péritonéale.

On comprend que, dans ce cas, le pronostic soit plus favorable. Le muscle sous-jacent lutte contre l'obstacle. L'intestin se défend et soit qu'il se produise une débâcle spontanée, soit qu'on lui vienne en aide par une thérapeutique opportune ou qu'en désespoir de cause on pratique un anus artificiel, on voit disparaître les accidents.

Cela nous explique également pourquoi des infections péritonéales qui se manifestent par les mêmes caractères cliniques ont des évolutions si différentes et nous fait comprendre l'inconstance des résultats de l'anus contre nature.

On peut dire que dans certains cas la réaction générale n'est point en proportion avec la gravité réelle de l'affection et que, pour employer le mot de Göbler, le « péritonisme » intervient alors beaucoup plus que la péritonite.

Les conditions cliniques dans lesquelles on a l'occasion de constater ce dernier fait sont surtout réalisées par l'appendicite que l'on peut considérer comme représentant le type des cas mixtes que nous venons d'étudier. Certaines appendicites présentent en effet un météorisme inquiétant qui peut en imposer pour une intoxication grave, alors qu'en réalité la situation est moins critique qu'elle ne paraît.

Il en est de même avec les inflammations péritonéales consécutives aux salpingo-ovarites, aux infections biliaires ou autres.

On conçoit dans ces conditions l'intérêt qu'il y a à pouvoir reconnaître à laquelle des deux variétés, péritonite à type occlusif ou obstruction mixte, on a affaire, c'est-à-dire à distinguer la part exacte qui revient à l'obstruction ou à l'infection. En d'autres termes, au point de vue pronostic et surtout au point de vue thérapeutique, il est de première importance de savoir ce qui domine la scène, de l'obstacle ou de l'infection.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE DU SIGNE DU PÉRISTALTISME

C'est à propos de ces cas à diagnostic obscur que nous nous sommes proposé d'attirer l'attention sur un signe clinique qui nous paraît devoir rendre des services appréciables. Nous voulons parler de *l'existence ou de l'absence de péristaltisme intestinal* dans les météorismes infectieux.

L'examen des malades permet de constater en effet qu'il y a des ventres météorisés absolument immobiles tandis que dans d'autres cas l'observateur peut reconnaître, se dessinant sur la paroi, les ondulations péristaltiques ou constater, par la palpation, le durcissement intermittent des anses. Le péristaltisme étant la manifestation de la tonicité intestinale, il résulte de l'étude pathogénique que nous avons faite précédemment, qu'il s'agit, dans la première variété, d'une paralysie provoquée par une péritonite généralisée ; dans la seconde, d'une infection localisée associée à un obstacle mécanique, contre lequel l'intestin se défend en exerçant ses propriétés contractiles qu'il a conservées. Comme dans tout processus pathologique, cette réac-

tion de défense est un indice de moindre gravité et l'on comprend que dans ce cas le pronostic soit meilleur.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de vérifier l'exactitude de ce symptôme et de reconnaître combien il peut rendre, dans les cas difficiles, de précieux services.

En effet, chez certains malades où l'intensité des phénomènes d'occlusion peut faire redouter une infection grave du péritoine, la constatation du péristaltisme permet d'apprécier l'exacte valeur des symptômes et d'envisager la situation avec plus de tranquillité. Un autre avantage non moins estimable de cette constatation est de donner, sur l'opportunité du traitement, des indications dont l'importance n'échappera à personne.

Les cas que nous mentionnons dans nos observations nous paraissent fournir une démonstration intéressante de l'utilité que peut avoir la recherche de ce signe. Les malades qu'elles concernent donnent l'impression d'être gravement atteints ; cependant le chirurgien est rassuré et éclairé par un examen qui lui révèle la véritable pathogénie des accidents, dont un traitement judicieux lui permet de triompher dans les conditions les plus favorables.

Le signe du péristaltisme nous paraît donc d'une grande valeur pour distinguer les obstructions mécaniques des occlusions paralytiques par péritonite diffuse grave.

La difficulté réside dans la constatation du symptôme. Tantôt très aisé à reconnaître il doit être, dans d'autres circonstances, recherché avec soin. Cette constatation peut se faire par différents moyens :

Par la vue. — Ce sont les cas les plus faciles. On a la sensation nette d'ondes péristaltiques se dessinant sur la paroi sous forme de bosselures variables de siège et de forme.

Par la palpation. — Ce procédé permet d'abord de reconnaître l'existence du péristaltisme vrai. Il y a en effet un péristaltisme physiologique, surtout apparent chez les femmes maigres. On voit l'intestin se contracter sur la paroi. Cela ne veut pas dire cependant qu'il y ait un obstacle, parce que l'intestin se contracte normalement.

C'est le péristaltisme physiologique vu au travers d'une paroi mince.

Il se distingue du péristaltisme pathologique parce qu'il n'est pas dur. Si l'on passe, en effet, les yeux fermés, la main sur le ventre d'une femme qui présente du péristaltisme physiologique, on ne le sent pas. S'il s'agit au contraire d'un péristaltisme pathologique, on a la sensation des anses intestinales momentanément durcies.

La palpation permet, d'autre part, de percevoir le péristaltisme lorsque sa constatation n'est pas possible par la vue, soit chez des malades gras, soit chez des malades à abdomen très tendu. Elle permet, dans ces cas, de sentir à certains moments des résistances qu'on ne trouve pas à d'autres moments.

Cette recherche est quelquefois difficile et nécessite un examen long et minutieux.

C'est, en somme, le signe de la tension intermittente de l'intestin, comparable au phénomène décrit par

M. Bouveret pour l'estomac sous le nom de tension intermittente.

Par l'oreille. — Les bruits hydroaériques, les borborygmes sont également la manifestation de la contraction intestinale. On ne les entend jamais dans les péritonites. Les ventres météorisés qui gargouillent sont le siège d'un obstacle mécanique.

Signes subjectifs. — Les sensations de coliques représentent au même titre un symptôme favorable. Les malades qui ont une péritonite grave ne souffrent généralement pas du ventre. La douleur est un bon signe ; elle est toujours facteur de la contraction intestinale.

Les indications fournies par la palpation, par l'oreille et par les signes subjectifs ont la même valeur symptomatique que les constatations faites à l'œil nu.

Le péristaltisme se révélera donc le plus habituellement par la vision directe des contractions intestinales, et, dans les cas frustes, par la perception du durcissement intermittent des anses, les bruits hydroaériques et la sensation de coliques accusée par les malades.

CHAPITRE IV

INDICATIONS FOURNIES PAR LE SIGNE DU PÉRISTALTISME AU POINT DE VUE PRONOSTIC ET THÉRAPEUTIQUE

Le signe du péristaltisme permettant de reconnaître si les accidents d'obstruction relèvent d'une infection péritonéale généralisée avec iléus paralytique ou s'ils sont dus à une cause mécanique localisée à un segment d'intestin, on conçoit l'importance que peut avoir cette distinction au point de vue du pronostic.

Nous avons vu, en effet, que lorsque le péristaltisme n'existe pas, il s'agit de péritonites diffuses de la plus haute gravité contre lesquelles la thérapeutique est, le plus souvent, impuissante.

Lorsque, au contraire, le péristaltisme existe, le pronostic est infiniment meilleur parce que le danger est moins imminent et surtout parce que, l'infection ne jouant qu'un rôle très secondaire, quelquefois même nul, la thérapeutique est toute-puissante et permet d'espérer les plus heureux résultats, quand bien même on devrait recourir à une seconde intervention.

Quelles sont donc les indications thérapeutiques fournies par l'absence ou la présence du signe du péri-

staltisme au cours d'une occlusion post-opératoire ou par infection spontanée ?

On peut, à ce point de vue, classer les météorismes infectieux en deux catégories.

La première comprend les météorismes non contractiles. Il s'agit, dans ce cas, d'une occlusion paralytique d'origine infectieuse, justiciable du traitement des péritonites. Par suite, intervention précoce ou, si l'état du malade ou les conditions défectueuses dans lesquelles on se trouve s'y opposent, traitement symptomatique constitué par l'huile camphrée, la strychnine, l'administration de sérum par la voie rectale, suivant la méthode de Murphy.

En aucun cas on ne doit donner de purgatif, pratique funeste dont on connaît l'action traumatisante.

L'anus contre nature sera à rejeter, car, dans ces cas-là, il ne sort que quelques gaz, l'anus reste sec et le malade ne tire aucun bénéfice de cette intervention.

Nous avons vu que ce sont des cas semblables qui ont fait nier l'efficacité de la colostomie en pareille circonstance, l'échec de cette thérapeutique se produisant malgré l'établissement d'anus artificiels multiples, étagés à différentes hauteurs de l'intestin.

La seconde catégorie comprend les météorismes contractiles. Le pronostic est ici bien meilleur. Il faudra savoir attendre. Souvent l'obstruction n'est que passagère et la guérison survient par les seuls efforts de la nature.

Les accidents étant dus, dans ce cas, à un obstacle, c'est à cet obstacle qu'il convient de s'adresser.

On devra donc essayer tout d'abord le traitement

médical : glace sur le ventre, lavements huileux, glycérinés et surtout lavement purgatif du Codex, sonde rectale à demeure, lavages gastriques, purgatifs modérés.

Dans la majorité des cas ces moyens suffisent. Les malades émettent tout d'abord quelques gaz peu nombreux, puis, petit à petit, plus abondants et plus bruyants. On aura de grosses chances alors de voir la situation se dénouer heureusement, en insistant sur les lavements répétés. Il ne faudra pas se hâter de purger les malades, ce qui pourrait provoquer une nouvelle crise d'obstruction. La purgation ne sera indiquée que lorsque les évacuations gazeuses suffisamment abondantes auront montré la perméabilité du tube digestif.

Il faut savoir aussi que l'émission des gaz doit toujours précéder l'évacuation des matières. Lorsque l'on voit des débâcles diarrhéiques avec peu ou pas de gaz, il faut toujours se méfier d'un phénomène anormal.

Si, malgré cette thérapeutique, la situation continue à s'aggraver, il sera indiqué d'intervenir.

Cette intervention peut s'effectuer de deux façons, soit par la recherche directe de l'obstacle, soit par l'établissement d'un anus contre nature.

Ce dernier procédé nous paraît préférable. Sa simplicité, son exécution rapide, l'avantage qu'il présente de pouvoir être pratiqué avec une anesthésie locale et même sans anesthésie, dans des conditions d'asepsie moins sévères, en font un procédé plus abordable.

Par contre la laparotomie avec recherche de l'obstacle, si elle se présente théoriquement sous un meilleur

aspect, est, au point de vue pratique, une intervention difficile et d'une haute gravité. On se trouve en effet en présence d'un abdomen distendu. Aussitôt l'incision pariétale pratiquée, les anses vont se précipiter au dehors et s'extérioriser malgré toutes les précautions prises. Le point malade au contraire restera caché dans l'abdomen, fixé par la cause qui réalise l'obstacle et c'est à une véritable éviscération qu'il faudra avoir recours pour découvrir la cause de l'obstruction. En dehors du choc inhérent à une pareille éviscération, il ne sera pas sans danger de remuer la masse intestinale s'il s'agit d'une infection péritonéale localisée, infection que l'on risque ainsi de diffuser.

Il sera d'ailleurs toujours temps, si la nécessité s'en fait sentir, d'aller lever l'obstacle lorsque les phénomènes inflammatoires se seront amendés et l'on interviendra alors dans des conditions beaucoup plus favorables.

Nos préférences vont donc à l'anus artificiel qui nous apparaît, dans ces cas, comme une opération de premier ordre, se recommandant par sa facilité et capable de soulager les patients sans leur faire courir les risques d'une intervention plus dangereuse. « C'est une véritable opération de sauvetage, telle que peut la réclamer la situation grave des malades. »

Cet anus contre nature sera pratiqué de préférence sur le cæcum. La recherche du cæcum permet en effet de tout faire. L'obstruction peut porter sur le grêle ou sur le gros intestin. Si le cæcum apparaît distendu, l'obstacle siège plus bas; s'il est au contraire aplati, la lésion est située au-dessus. On a dans ce cas la

ressource de saisir l'intestin grêle et de le dérouler pour arriver jusqu'à l'obstacle.

Il est enfin des cas où l'on est réduit à faire l'anus où l'on peut, soit parce que l'état du malade oblige à aller vite, soit parce qu'il est impossible de distinguer le segment d'intestin qui se présente, soit encore parce que l'on se trouve en présence d'anses agglutinées qui ne permettent pas de dérouler le grêle. On fait alors l'ouverture sur la première anse dilatée qui s'offre à la vue.

En principe, l'entérostomie doit être pratiquée le plus bas possible pour éviter la dénutrition qui accompagne les anus haut situés en même temps que l'action irritante du suc intestinal qui, arrivant jusqu'aux dernières portions de l'iléon, rend la plaie douloureuse. A ce point de vue l'anus artificiel pratiqué sur l'S iliaque paraîtrait préférable, les malades le supportant généralement très bien, mais les raisons que nous avons exposées précédemment nous semblent militer davantage en faveur de la cœcostomie.

Ces anus artificiels sont d'ailleurs toujours temporaires. Une fois que la détente est faite, on peut les refermer. C'est en somme une simple soupape de sûreté qui permet de parer aux accidents imminents et offre, en première ligne, parmi les avantages que nous lui avons reconnus, celui d'être une opération partout praticable et ne produisant pas de choc.

Il est en effet intéressant de constater qu'après l'établissement de l'anus contre nature, les fonctions intestinales reprennent spontanément leur cours naturel dans la majorité des faits. Il est probable que dans les

cas d'obstruction par infection localisée, lorsque l'infection a disparu, le tube digestif reprend sa perméabilité. Dans les cas d'obstruction par bride ou coudure, la pression des anses distendues rend le plus souvent absolu un obstacle qui n'était primitivement qu'incomplet. On comprend dès lors, qu'après l'établissement de la soupape créée par l'anus artificiel, la désobstruction soit réalisée.

Une de nos observations (observation I) est absolument typique à ce point de vue.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Nous n'avons pas rapporté ici toutes les observations dans lesquelles le signe du péristaltisme a été utilisé pour faire un pronostic et préciser des indications thérapeutiques. La recherche de ce symptôme, de pratique courante dans le service de M. Villard, n'a pas été mentionnée dans toutes les observations, et, d'autre part, nous avons tenu à ne publier que les plus caractéristiques d'entre elles.

OBSERVATION I (M. Villard).

Appendicite aiguë grave. — Occlusion postopératoire d'origine infectieuse. — Météorisme avec péristaltisme. — Anus contre nature temporaire. — Guérison.

R..., enfant de dix ans, opéré le 22 novembre 1910 d'une appendicite à chaud avec accidents péritonéaux graves. Température 39°5, pouls 120, vomissements.

Résection de l'appendice qui est perforé et entouré d'une petite collection purulente.

25 novembre. — Les phénomènes inflammatoires ont en partie cédé; le pouls se maintient néanmoins à 120 et la température autour de 38°5; par contre, le ventre reste ballonné, il y a quelques vomissements et, de temps en temps, du hoquet.

30 novembre. — Situation stationnaire. L'état général paraît pourtant un peu moins bon. Le pouls reste fréquent, le météorisme persiste ainsi que les vomissements; quelques évacuations gazeuses par le rectum, très peu abondantes.

3 décembre. — Situation très aggravée, pouls 140, température 39°5, ballonnement du ventre considérable, vomissements fréquents, hoquet.

5 décembre. — La situation paraît désespérée, vomissements presque incessants, porracés, météorisme très considérable, pouls à 150, arrêt complet des matières et des gaz. De temps à autre, le malade qui présente un état de sub-délire pousse des gémissements *en se plaignant de douleurs abdominales. La palpation du ventre permet de sentir très nettement la contraction et le durcissement d'anses intestinales distendues. On peut voir également du péristaltisme.* Ces contractions intestinales coïncident avec les douleurs accusées par le malade.

On décide alors de faire un anus contre nature.

Intervention (M. Villard) : Incision dans la fosse iliaque gauche. Très rapidement on pratique l'ouverture d'une anse grêle distendue qui est fixée-seulement par quelques points, en raison de l'état de l'enfant. Abondante évacuation de gaz et des matières.

6 décembre. — La situation est transformée. Etat général bien meilleur, plus de vomissements, pouls à 130, la température reste encore à 38°3, le malade est plus tranquille et a dormi. Très abondante évacuation stercorale par l'anus artificiel. Le ventre est beaucoup moins ballonné.

8 décembre. — Le malade est hors de danger. On peut recommencer l'alimentation, mais l'anus artificiel a certainement porté très haut sur le grêle, car les liquides qui en sortent sont fortement teintés par la bile et très caustiques.

10 décembre. — Persistance d'un état général très satisfaisant. Il y a eu d'abondantes évacuations gazeuses par le rectum, ainsi que l'émission de quelques matières.

12 décembre. — Evacuations abondantes de matières

par le rectum. Etat général très satisfaisant ; l'enfant est gai et a faim, digestion normale. Température au-dessous de 38°, pouls à 100, 110. Néanmoins, malgré toutes les précautions prises, des ulcérations se forment autour de l'anus artificiel et l'amaigrissement du malade est rapide. Il est certain que l'anus est placé trop haut sur le grêle.

15 décembre. — En présence de la dénutrition rapide du malade et du rétablissement des évacuations intestinales par le rectum, on pratique prématurément la fermeture de l'anus artificiel.

20 décembre. — Les fonctions intestinales se sont rétablies par les voies naturelles et la cicatrisation de l'anus artificiel se fait sans incident.

28 décembre. — Le malade peut être considéré comme complètement guéri. Il ne reste plus qu'une très petite surface non cicatrisée au niveau de l'incision du foyer appendiculaire.

Juin 1914. — La guérison, depuis, a été complète. Le petit malade est devenu très robuste et n'a jamais présenté aucun trouble intestinal.

OBSERVATION II (résumée), M. Desgouttes.

Hystérectomie pour fibrome. — Occlusion intestinale post-opératoire. — Météorisme avec péristaltisme. — Traitement médical. — Guérison.

Septembre 1911. — Hystérectomie pour fibrome. Le troisième jour, météorisme considérable, vomissements répétés et hoquet, arrêt complet des matières et des gaz. La température est au-dessus de 38°. Facies angoissé.

En présence de ces symptômes et des craintes d'une péritonite avec paralysie intestinale, on hésite à faire une laparotomie itérative. La malade est montrée à M. Villard, qui constate l'existence d'un *péristaltisme intestinal* très

net, souligné par la sensation de coliques ressenties par la malade.

Sur ce symptôme, on porte un pronostic favorable et l'on décide de recourir uniquement aux moyens médicaux consistant en des irrigations rectales répétées et l'emploi du lavement purgatif du Codex.

Au bout de vingt-quatre heures, des évacuations gazeuses commencent à se faire par le rectum. Les vomissements cessent et le météorisme diminue.

La guérison se poursuit ultérieurement sans incident.

OBSERVATION III (M. Villard).

Poussée de péritonite subaiguë. — Météorisme avec péristaltisme.

M..., quarante-deux ans, entre à l'hôpital le 16 octobre 1911 pour troubles abdominaux datant de dix jours.

La malade n'a pas eu d'affections de l'enfance; réglée à seize ans, très irrégulièrement depuis, les époques avancent ou retardent et quelquefois se répètent dans le même mois.

A seize ans, bronchite qui dura trois mois et s'est fréquemment répétée. A dix-huit ans, crise de rhumatisme aigu généralisé; les douleurs durèrent trois mois, elle en sortit très anémiée, mais elle n'a jamais eu de récidive.

Mariée à vingt ans, son mari est en bonne santé. Elle aurait eu, depuis, des pertes blanches assez abondantes. Deux enfants de dix-huit ans et de six ans, dont le dernier naquit à sept mois mais s'est toujours bien porté. Jamais de fausse couche.

Depuis l'âge de vingt ans jusqu'à l'époque actuelle, elle n'a pas fait de maladie aiguë et ne s'est jamais alitée; elle a toujours accompli son travail sans fatigue.

L'affection actuelle a débuté il y a dix jours, surprenant la malade en pleine santé. Les époques étaient apparues le vendredi 6 octobre. Elle alla le jour même au lavoir et ses

règles cessèrent. C'est à ce moment-là que la malade fait remonter tous ses troubles.

Le lundi suivant 9, elle ressentit des douleurs abdominales surtout marquées dans la fosse iliaque droite, sous forme de coliques qui s'accompagnaient d'un point douloureux lombaire; elle eut en même temps quelques frissons mais n'interrompit pas son travail. Pas de nausées ni de vomissements, seulement des coliques qui s'accompagnaient de gargouillements et qui furent bientôt suivies des elles diarrhéiques très fétides. D'ailleurs l'état général n'était pas atteint, l'appétit était conservé, le ventre n'avait pas grossi.

Cet état fut maintenu pendant une semaine, du 9 au 15 octobre. C'est dimanche 15, seulement, qu'elle s'est aperçue que son ventre avait augmenté de volume. Elle eut d'ailleurs le lende mainmatin trois selles présentant toujours les mêmes caractères diarrhéiques et fétides. Souffrant toujours du côté de la fosse iliaque droite, elle se fit des applications répétées de cataplasmes. Depuis ce moment d'ailleurs le météorisme a beaucoup augmenté, elle n'a pas eu de selle et n'aurait pas fait de gaz.

A l'entrée, on est surtout frappé par une distension abdominale marquée et par du *péristaltisme douloureux péri-ombilical visible et palpable*. Pouls 110; température sub-fébrile; langue sèche et blanche.

La malade aurait beaucoup maigri depuis le début des accidents.

L'examen montre en outre un tympanisme marqué surtout au centre, un peu atténué sur les flancs, mais généralisé. La région cæcale droite est aussi très sonore. L'abdomen est douloureux à droite au même niveau, mais pas de défense, pas de plastron, aucun signe à la palpation.

Le toucher vaginal montre un utérus très mobile, un peu déjeté vers la gauche; on ne sent rien dans les culs-de-sac.

Poumons: pas de râles.

Cœur: pointe dans le 4^e espace, en dedans du mamelon;

choc systolique dur et vibrant ; pas de frémissement net. A l'auscultation : premier bruit dur, deuxième bruit très claqué ; pas de roulement diastolique, pas de dédoublement, ébauche probable de rétrécissement mitral.

Malgré la rapidité du pouls en discordance avec une température presque normale, on attribue le météorisme à un obstacle mécanique surajouté à une infection atténuée et l'on porte un pronostic bénin.

Un traitement médical par des lavements répétés est institué.

19, 20, 21 octobre. — La malade a eu des selles et des gaz assez abondants. Le météorisme a beaucoup diminué de volume.

29 octobre. — La malade a une nouvelle poussée de météorisme, toujours *avec le caractère contractile*.

Le ballonnement coïncide avec une élévation de 1 degré de la température. Celle-ci est à 37°6 alors que normalement la courbe se maintient toujours à 36° 5.

On décide alors de recourir à une intervention. Intervention 31 octobre (M. Villard) : on tombe, après laparotomie médiane, sur un péritoine très vasculaire présentant des signes nets d'inflammation récente. De nombreuses anses intestinales sont agglomérées par des adhérences et l'on n'a accès dans le Douglas qu'après avoir décollé le grêle du côlon pelvien. On trouve dans le Douglas une petite quantité d'ascite (qui expliquerait la grande mobilité de l'utérus). Rien du côté de l'appendice qui est sain.

Il s'agit d'une poussée de pelvi-péritonite d'origine un peu incertaine et probablement annexielle ayant entraîné les accidents d'occlusion.

On referme vu la diffusion des lésions.

Suites normales. Les fonctions intestinales sont régularisées.

La malade quitte l'hôpital le 2 décembre en bon état.

OBSERVATION IV (M. Villard).

Accidents péritonéaux chez un malade porteur d'une hernie en apparence réductible — Péristaltisme. — Pincement latéral. — Laparotomie. — Mort par œdème aigu du poumon.

G..., soixante ans, entre à l'hôpital, le 7 octobre 1912, parce qu'il souffre du ventre depuis plusieurs jours.

Le malade était porteur, depuis huit ans, d'une hernie inguinale droite très réductible, du volume d'un œuf, qui n'occasionnait pas d'accidents. Dans la journée du lundi 30 septembre, cette hernie, qui était sortie depuis quelques jours, devint douloureuse. Le malade la fit rentrer facilement. Du lundi au vendredi 5 octobre, il éprouva quelques malaises, mais ne vomit pas. La hernie, de nouveau sortie, fut réduite un peu difficilement. Dans la matinée du 5, il souffrit davantage; la douleur était irradiée surtout au creux épigastrique. Il vomit dans la soirée. Depuis cette date, il n'est pas allé à la selle, ressent quelques coliques, il a vomi plusieurs fois et abondamment dans la soirée du samedi. Le matin de son entrée à l'hôpital, il eut encore des vomissements porracés.

A l'examen : température, 37°6; pouls, 88, facies anxieux, un peu d'agitation. On ne note pas de hernie au repos. Celle-ci apparaît avec la toux, mais elle est peu prononcée. Pas de douleur à l'anneau inguinal. Il existe du météorisme sus-ombilical et épigastrique, avec un peu de douleur à ce niveau, et, en revanche, rien dans la zone sous-ombilicale.

Toucher rectal négatif.

En présence du météorisme, des douleurs ressenties par le malade, de la réduction facile de la hernie, on se demande s'il s'agit d'une infection péritonéale provoquant le météorisme et, par conséquent, l'engagement de l'intestin dans

le sac herniaire, ou si l'intestin présente un obstacle réellement en rapport avec l'anneau inguinal.

On remarque à ce moment-là qu'il existe à peu près certainement du *péristaltisme*. On conclut sur ce signe à la présence d'un obstacle, et, ne pouvant préciser exactement sa situation, on pratique une laparotomie latérale droite, qui permet de constater l'existence d'un pincement latéral.

Le malade meurt à 3 heures de l'après-midi, en présentant des phénomènes asphyxiques.

A l'autopsie : œdème aigu du poumon.

OBSERVATION V (M. Villard).

Appendicite à chaud opérée d'urgence par M. Tavernier le 24 octobre 1913, dans le service de M. Villard. — Obstruction intestinale post-opératoire. — Météorisme avec péristaltisme. — Guérison.

J..., quarante-cinq ans, est envoyé d'urgence à l'hôpital le 24 octobre 1913, pour une appendicite à chaud.

Le malade a déjà eu plusieurs crises il y a trois ans, puis il y a un an.

Le dimanche 19 octobre, il fut pris de coliques, d'envies de vomir, de constipation. Il a vomi à partir du lundi. Il resta jusqu'au vendredi 24 chez lui, où il fut soigné par un médecin.

A l'entrée, facies assez bon, pouls 108, température 38°2, mais météorisme très considérable, généralisé, surtout épigastrique, sans péristaltisme. Plastron assez volumineux au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, pas de douleur lombaire, rien au toucher rectal.

Intervention, 24 octobre (M. Tavernier). — L'incision de Roux près de l'épine iliaque ouvre directement un abcès volumineux contenant trois quarts de verre de pus très fétide. En cherchant l'appendice dans la profondeur on ouvre un deuxième abcès, moins volumineux et à pus plus

épais, dans lequel nage un appendice porteur de trois larges perforations sphacéliques.

Au cours des manœuvres d'extraction, l'appendice se rompt au-dessous des lésions. On a l'impression qu'il ne reste qu'un moignon très court de 2 à 3 millimètres. A cause de la difficulté que présente son accès, on le laisse sans ligature. Drain et mèche.

26 octobre. — Les suites furent bonnes le premier jour, mais le surlendemain, le pouls monte à 132, sans ascension parallèle de la température.

Facies angoissé, inquiétude générale, arrêt des matières et des gaz, météorisme avec *péristaltisme*.

En présence de ce dernier symptôme, on porte néanmoins un pronostic favorable, pensant surtout à des accidents d'occlusion mécanique et on institue un traitement médical : lavage gastrique et lavement de sérum. Ce dernier amène une évacuation de matières et de gaz.

27 octobre. — La situation est meilleure; il subsiste du ballonnement épigastrique avec, au-dessous, des anses grêles dilatées continuant à présenter de la tension intermittente.

30 octobre. — Amélioration générale et locale, les fonctions intestinales se rétablissent et la température redescend au-dessous de 38°.

4 novembre. — Le malade en pleine voie de guérison quitte l'hôpital.

OBSERVATION VI (M. Villard).

Appendicite à rechutes. — Appendicectomie à froid. — Météorisme post-opératoire avec péristaltisme. — Seconde intervention d'urgence : anus contre nature. — Troisième intervention : résection et anastomose au bouton. — Guérison.

P..., dix-huit ans, entre à l'hôpital le 9 février 1914, pour une appendicite à rechutes.

Pas d'autres affections dans les antécédents de la malade.

La première crise s'est produite en décembre 1912. Elle a été assez violente avec vomissements, température à 40° et a duré une huitaine de jours. La malade a eu, avec des intervalles de deux à trois mois, quatre crises dans le courant de l'année 1913, ordinairement légères, avec une poussée thermique passagère, ne durant que deux ou trois jours. Dans l'intervalle des crises, elle se portait bien, mais elle a toujours gardé une diarrhée rebelle.

Elle a eu ainsi en tout cinq crises. L'avant-dernière a été plus forte que les autres et plus prolongée. La dernière remonte à deux mois.

Actuellement l'état général est bon. Pas de signes locaux du côté de l'appendice, si ce n'est un peu de douleur persistant au palper profond de la région appendiculaire. Pas de plastron ni d'empatement. Température normale.

Intervention, 14 février (M. Villard). — Incision de Jalaguier. L'appendice est fixé par sa pointe dans la profondeur, et, bien qu'on agrandisse l'incision pour l'aborder plus facilement, on ne peut l'amener entièrement sans rompre ses adhérences profondes. L'appendice se rompt à son extrême pointe. Appendicectomie. Enfouissement du moignon. On laisse un drain et une mèche de gaze.

14 février. — L'état général, bon jusqu'à présent, s'altère depuis hier. Le ventre est ballonné, la malade ne va plus à la selle depuis deux jours.

Il existe du péristaltisme intestinal perceptible à la palpation. La malade accuse également la sensation de coliques. Bruits hydroaériques assez nets.

Ces constatations font rattacher la cause des accidents à un obstacle mécanique plutôt qu'à un élément infectieux en rapport avec le débris d'appendice abandonné dans le ventre. On décide donc de recourir uniquement à des moyens médicaux pour lutter contre l'obstruction.

Le pouls reste bon, la température est subfébrile.

23 février. — Ablation du drain.

26 février. — Le ballonnement qui avait augmenté ces

derniers jours, diminue un peu. Ce matin, un lavement a ramené quelques matières ; la malade dit avoir fait des gaz par l'anus et se sent mieux ; elle demande à manger.

27 février. — Le ballonnement a augmenté de nouveau, la malade a passé une mauvaise nuit, avec des vomissements fréquents. Le météorisme est très prononcé, *nettement contractile*. Le facies est grippé. Une intervention paraît devoir être imminente.

A 8 heures du soir, en raison de la persistance des symptômes, vomissements, douleurs vives, pouls à 120, intervention d'urgence (M. Villard) :

Laparotomie médiane. A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une énorme anse intestinale en symphyse avec le péritoine ; l'anse se déchire et un flot de matières fécales liquides s'échappe au dehors. Evacuation de l'anse à l'aspirateur. On retire environ 500 grammes. Une fois l'anse asséchée, en décollant une de ses parties latérales, on cherche à se rendre compte de ses connexions. Il s'agit bien d'une anse grêle qui plonge dans le pelvis et à droite ; elle est là solidement fixée ; sa consistance est extrêmement friable et elle se déchire à la moindre traction. On est obligé de se borner à établir un anus contre nature au niveau de la partie rompue. Une mèche est laissée dans la cavité abdominale.

2 mars. — Amélioration notable, le pouls est bon, pas de fièvre. Le malade se sent mieux.

7 mars. — L'état général reste très bon. L'anus artificiel fonctionne bien, mais il n'y a pas encore d'évacuation par le rectum malgré les lavements.

9 mars. — Les lavements amènent des évacuations par le rectum. L'anus artificiel fonctionne toujours bien.

Troisième intervention le 25 mars pour chercher la cause de l'occlusion :

On reprend l'incision de Jalaguier faite antérieurement. On la prolonge en bas en la recourbant dans la direction de l'épine pubienne. Section de l'aponévrose. Ligature de

l'épigastrique, le bord interne du droit est récliné sur la ligne médiane. L'intestin grêle, repéré au niveau de la valvule iléo-cæcale, est suivi dans le pelvis où il plonge. A environ 15 ou 20 centimètres il est fixé et coudé par des adhérences étendues sur la paroi pelvienne. Sa libération, faite aux ciseaux, est laborieuse.

Un second obstacle se trouve un peu plus loin. Il est libéré à son tour. Après avoir reconnu l'anse qui porte l'anus contre nature situé à environ 40 centimètres de la valvule iléo-cæcale et repéré le bout supérieur, on sectionne le grêle à 10 centimètres de la valvule et à 10 centimètres au-dessus de l'anus contre nature. Anastomose termino-terminale au bouton. L'anse exclue est alors libérée de ses attaches mésentériques, et, lorsqu'elle ne tient plus que par l'anus artificiel, celui-ci est disséqué par la face profonde et le paquet intestinal est enlevé en bloc. Une mèche est laissée dans l'orifice béant de l'ancien anus. Un drain est placé à l'angle inférieur de l'incision latérale et plonge dans le pelvis. Le reste de la paroi est suturé à trois étages.

28 mars. — L'état général est bon. La malade a fait hier et ce matin quelques gaz par l'anus.

6 avril. — La température ascensionne brusquement à 38°7. Il n'y a rien du côté de l'abdomen qui puisse expliquer cette élévation thermique, mais la malade se plaint de douleurs diffuses dans toute la longueur de son membre inférieur gauche qui est effectivement plus volumineux que l'autre.

Le mollet est un peu empâté et douloureux.

On l'immobilise dans une gouttière.

L'état général reste satisfaisant.

16 avril. — Elimination du bouton (22^e jour).

25 avril. — La malade sort guérie avec une petite plaie insignifiante.

OBSERVATION VII (M. Villard).

Appendicite subaiguë. — Symptômes d'occlusion intestinale.
— *Appendicectomie. — Fermeture sans drainage. —*
Guérison.

G..., soixante-quatorze ans, entre à l'hôpital le 20 mars 1914 pour des douleurs abdominales, du météorisme et une tuméfaction de la fosse iliaque droite.

La malade jouit d'une très bonne santé habituelle. Elle a eu des enfants qui sont bien portants; ménopause anticipée à l'âge de trente-cinq ans; elle n'a jamais eu de pertes depuis cet âge.

Depuis plus de vingt ans elle avait de la constipation chronique; elle n'allait à la selle qu'à la suite de lavements ou de laxatifs, ses matières étaient toujours en petites boulettes dures et sèches, mais elle n'avait pas de coliques et présentait seulement du ballonnement intermittent.

Dans la nuit du 2 au 3 mars dernier, elle a été réveillée par des coliques sèches, douloureuses, sans vomissements, sans émission de gaz, prolongées jusqu'au lendemain matin où elles se sont terminées en donnant à la malade la sensation d'une boule qui viendrait s'arrêter et se fixer dans la fosse iliaque droite.

Depuis cette crise de coliques qui est restée isolée, la constipation a persisté, nécessitant toujours les lavements mais les matières, de dures et ovillées qu'elles étaient auparavant, sont devenues presque liquides. Le ventre s'est ballonné et la malade, bien qu'elle ne vomisse pas, a perdu à peu près complètement l'appétit.

Elle a depuis plusieurs mois des insomnies.

A l'examen, l'abdomen présente un ballonnement très prononcé dans le domaine de l'intestin grêle. *Il n'y a pas actuellement de péristaltisme, mais la malade aurait eu plusieurs fois la sensation d'une boule se soulevant sous la*

paroi et cheminant d'un côté à l'autre de l'abdomen. La paroi sous-ombilicale montre, surtout du côté droit, des trajets veineux de circulation complémentaire.

Dans la fosse iliaque droite, la palpation permet d'isoler une tuméfaction résistante, à surface régulière et à contours nets, qui n'est pas appliquée contre la paroi iliaque mais s'allonge obliquement en bas et en dedans et reste très mobile sur les plans profonds. Cette tuméfaction n'est pas douloureuse, elle ne remonte pas en haut au-dessus de l'épine iliaque et paraît s'étendre surtout en arrière, mais ne plonge pas dans le petit bassin où le toucher rectal et vaginal ne la rencontre pas.

La température à l'entrée est à 38°5, la malade ne sait pas si elle a eu de la fièvre chez elle.

Réaction de Weber négative. Ni sucre, ni albumine.

En présence du météorisme et du péristaltisme probable observé par la malade et paraissant nettement accusé par les sensations de coliques dont elle se plaint encore, on conclut à un obstacle mécanique surajouté à une lésion infectieuse plutôt qu'à un météorisme par infection péritonéale étendue.

On porte donc un pronostic bénin, mais on se décide cependant à intervenir en raison du plastron inflammatoire péri-appendiculaire.

On fait une laparotomie médiane à cause de la possibilité d'une lésion néoplasique infectée.

Intervention le 1^{er} avril (M. Villard) :

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve au-dessous du cæcum une masse jaunâtre formant un petit gâteau d'adhérences épaisses autour de l'appendice. On isole l'appendice qui est très épaissi et induré.

Il s'agit d'un petit abcès enkysté ancien en voie de résorption, ayant évolué de façon torpide et presque à froid.

Résection de l'appendice. Enfouissement soigneux du moignon. Fermeture sans drainage.

L'appendice a des parois très épaisses, blanchâtres, ré-

sistant sous le bistouri et contient des gouttelettes de pus blanchâtre.

Suites opératoires normales. Emission de gaz et de matières par l'anus, disparition progressive du météorisme.

La malade quitte l'hôpital le 18 avril en bon état.

OBSERVATION VIII (M. Villard).

Fausse appendicite à rechutes. — Occlusion intestinale chronique par brides. — Météorisme avec péristaltisme, ~~hypertrophie~~ entérectomie. — Anastomose latéro-latérale du grêle par suture. — Guérison.

T..., vingt-sept ans, est envoyée à l'hôpital le 27 avril 1914 avec le diagnostic d'appendicite à rechutes.

La malade a eu trois enfants qui sont bien portants et dont le dernier a quatorze mois. Accidents infectieux certains à la suite de sa seconde grossesse. Bonne santé habituelle.

La première crise abdominale douloureuse est survenue il y a sept ans. Elle s'est caractérisée par des douleurs prolongées mais peu intenses dans la fosse iliaque droite, des troubles digestifs intermittents, quelques vomissements, de l'amaigrissement et de la constipation. La malade ne croit pas avoir eu de fièvre au cours de cette première atteinte qui a affecté une évolution subaiguë et s'est prolongée pendant quatre ou cinq mois.

Depuis ces premières manifestations la malade a éprouvé de temps en temps des troubles digestifs légers, des douleurs abdominales frustes réapparaissant de loin en loin.

Une deuxième crise nette est survenue il y a quatre ans. Elle a été plus aiguë et mieux caractérisée que la première. Elle a été traitée dès le début par le repos, la diète et la glace et a duré environ un mois et demi. Cette deuxième crise aurait évolué aussi sans fièvre. A la suite de cette seconde poussée, la malade a eu des pertes rouges abon-

dantes; des hémorragies semblables se sont reproduites il y a deux mois et ont nécessité un tamponnement.

La troisième crise, qui amène la malade à l'hôpital, a débuté vendredi dernier 24 avril dans la nuit, brusquement, par des douleurs vives de la fosse iliaque droite et par des vomissements. Les symptômes se sont atténués peu à peu jusqu'à présent; la constipation est très prononcée; la température s'est élevée avant-hier à 38°3.

Actuellement, l'état général est bon, la douleur du début s'est calmée et ne réapparaît pas spontanément; la langue est un peu saburrale.

A l'examen, le ventre est souple, sans météorisme, sans contracture localisée. La région appendiculaire reste sensible à la palpation profonde, mais la paroi se laisse déprimer et on ne trouve ni plastron, ni collection, ni empâtement.

Toucher vaginal: utérus en situation intermédiaire, un peu gros; le cul-de-sac postérieur est douloureux; le col porte de profondes déchirures de grossesse.

En présence de ces symptômes, le diagnostic reste hésitant entre des accidents d'obstruction intestinale d'origine inflammatoire ou de véritable crise d'appendicite à rechutes; on diffère jusqu'à nouvel ordre une intervention.

4 mai. — Hier soir, la malade a pris des accidents caractérisés par des coliques sèches, douloureuses, du *péristaltisme*, des vomissements, sans élévation de la température, sans signes généraux d'infection. Ce matin, elle présente encore des contractions intestinales fréquentes; l'abdomen est météorisé et pointé dans la région péri-ombilicale. On ne trouve rien à la palpation, mais *la présence d'un péristaltisme certain* fait conclure à une occlusion mécanique intéressant probablement la terminaison du grêle.

5 mai. — Les accidents d'occlusion ont cessé depuis hier soir. On décide de recourir à une intervention.

Intervention le 7 mai (M. Villard):

Laparotomie sous-ombilicale médiane. On trouve une anse grêle très dilatée et congestionnée, de coloration lie de vin. Cette anse est fixée par des adhérences formant à environ 35 centimètres de distance deux sténoses qui rétrécissent considérablement la lumière de l'intestin.

On sectionne trois brides d'adhérences et l'anse dilatée se décongestionne aussitôt et reprend une coloration rosée.

L'origine de ces adhérences paraît devoir être cherchée dans une inflammation ancienne du péritoine pelvien plutôt que dans une bacillose entéro-péritonéale, car ni l'intestin, ni le péritoine ne présentent de lésion qui fasse penser *a priori* à la tuberculose. En revanche, le péritoine pelvien est sillonné de traînées fibrineuses et porte des traces d'inflammation subaiguë diffuse ; d'autre part, l'utérus est environné d'épaississements et d'adhérences faciles à libérer et la trompe droite est oblitérée.

Anastomose latéro-latérale du grêle par suture, de manière à exclure l'anse sténosée. On résèque ensuite cette anse exclue et on enfouit soigneusement les deux moignons. Fermeture sans drainage.

La malade part guérie le 30 mai.

CONCLUSIONS

I. — Le pronostic des infections péritonéales s'accompagnant de météorisme et d'obstruction intestinale est éminemment variable, ces accidents pouvant aboutir rapidement à la mort, ou, au contraire, céder et ne s'accompagner d'aucune suite grave.

II. — Cette variabilité du pronostic relève des conditions pathogéniques qui ont provoqué le météorisme et l'obstruction. Tantôt les accidents sont dus à une infection péritonéale généralisée avec iléus paralytique ; tantôt, au contraire, à une cause mécanique localisée à un segment d'intestin.

III. — On peut cliniquement reconnaître à quelle variété appartient l'obstruction en recherchant le *signe du péristaltisme* (Villard) qui consiste à constater l'existence ou l'absence de contractions intestinales, coïncidant avec le météorisme.

IV. — Le péristaltisme, quelquefois difficile à reconnaître, peut, en dehors de la vision directe, se manifester par la perception du durcissement intermittent des

ances, les bruits hydroaériques spontanés et la sensation de coliques accusée par les malades.

V. — Lorsque le péristaltisme existe, il s'agit d'une obstruction localisée à pronostic bénin; dans le cas contraire, il faut admettre une infection péritonéale diffuse grave.

VI. — Au point de vue thérapeutique, les météorismes avec péristaltisme seront justiciables de l'excitation intestinale : lavements, glace sur le ventre, lavages gastriques, purgatifs modérés, et, en cas d'échec, d'un anus contre nature temporaire qui assurera la guérison.

Les interventions s'adressant directement à l'obstacle sont rarement nécessaires.

VII. — Les météorismes sans péristaltisme seront justiciables du traitement général des péritonites : sérum, huile camphrée, strychnine, laparotomie.

Vu :

POUR LE DOYEN,
LE PROFESSEUR DÉLÉGUÉ,

J. RENAUT.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. POLLOSSON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 2 juillet 1914.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

P. JOUBIN.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Exposé de la question, termes du problème	11
CHAPITRE II. — Pathogénie des occlusions intestinales post-opératoires ou par infection spontanée	18
CHAPITRE III. — Etude clinique du signe du péristaltisme	26
CHAPITRE IV. — Indications fournies par le signe du péristaltisme au point de vue du pronostic et thérapeutique	30
CHAPITRE V. — Observations	36
CONCLUSIONS	53

